

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N°

40

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

Émile MENYÀSZ

Né à Sîru (Roumanie), le 11 janvier 1903

Contribution à l'étude
de la

Douleur sus-ombilicale gauche
dans les
formes graves d'Appendicite aiguë

Président : M. J.-L. LECÈNE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Émile MENYÀSZ

Né à Silru (Roumanie), le 11 janvier 1903

Contribution à l'étude

de la

Douleur sus-ombilicale gauche

dans les

formes graves d'Appendicite aiguë

Président : M. J.-L. LECÈNE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1928

LE DOYEN... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	N.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	{ DELBET.
Clinique chirurgicale	{ HARTMANN
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.
 ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BROCCO. . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY. . . . Histologie.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC. . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.

MM.
 I. de JONG . . Anatomie pathologique
 JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique.
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . Pathologie chirurgicale
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 PHILIBERT. . Bactériologie.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Fils. Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie
 VERNE. . . . Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.
 GOUGEROT . . Pathologie médicale.
 GUENIOT . . . Obstétrique.

MM.
 RETTERER. . . Histologie.
 TANON. . . . Pathologie médicale

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.
LE LORIER . . Clinique obstétricale.
LEREBoullet. Clinique médicale infan-
 fantile

MM.

LERI . . . Clinique médicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.
VILLARET . . Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

*En témoignage de ma profonde
reconnaissance, et affection filiale.*

A MES SŒURS ET A MON FRÈRE

A MES ONCLES

D^r M. WINKLER, Z. KLEPNER

Remerciements.

A LA MÉMOIRE DE MES AMIS ET COLLÈGUES

H. GANCZ, E. BERNSTEIN, L. KATZ

R. COURTIN

Souvenir très affectueux.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR GILBERT (*in memoriam*)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALGLAVE

M. LE PROFESSEUR WIDAL

M. LE PROFESSEUR LECÈNE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEREBoullet

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉVY-SOLAL

M. LE PROFESSEUR TEISSIER

M. LE DOCTEUR RICHE

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL DE MEAUX

M. LE DOCTEUR VILPELLE

M. LE DOCTEUR BERTAUX

Anciens internes des Hôpitaux de Paris

M. LE DOCTEUR P. GIBERT

Radiologiste des Hôpitaux de Paris

Remerciements très affectueux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR P. LECÈNE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'honneur

*En reconnaissance du grand
honneur qu'il nous a fait en pré-
sidant cette thèse.*

A MES MAÎTRES, PARTICULIÈREMENT

M. LE PROFESSEUR GILBERT (*in memoriam*)

Professeur de Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine

M. LE DOCTEUR COCHEZ

Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

M. LE DOCTEUR A. BERTAUX

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien en chef à l'Hôpital général de Meaux
Chevalier de la Légion d'honneur
Croix de guerre

*En témoignage de ma profonde
gratitude et d'affectueuse reconnaissance.*

AVANT-PROPOS

Avant de terminer nos études médicales, qu'il nous soit permis d'exprimer toute notre gratitude et toute notre reconnaissance à nos maîtres dans les hôpitaux, qui ont guidé nos débuts dans l'art médical.

Nous remercions tout particulièrement notre excellent maître le D^r A. Bertaux qui a bien voulu nous donner l'idée de cette thèse ; qui nous a guidé dans notre travail et qui a mis à notre disposition ses observations personnelles.

Au cours de nos années d'Internat à l'Hôpital général de Meaux, il a su nous enseigner la pratique chirurgicale ayant le don de faire saisir par peu de mots mais précis, le point important de chaque question courante.

Qu'il nous soit permis de lui témoigner notre profonde reconnaissance, pour tous les services, qu'il nous a aimablement rendus.

Nous rendons hommage et gardons un souvenir respectueux de notre maître, M. le Professeur Papi-
liau pour la base solide qu'il a donné à nos études avec ses leçons excellentes d'anatomie.

Je remercie aussi MM. les D^{rs} André Petit et Dela-

vière, dont le conseil nous a été très précieux, ainsi notre ami et collègue, M. le Dr Y. Singer, ancien interne à l'hôpital Saint-Nazaire qui a bien voulu nous communiquer une belle observation et à qui nous sommes attaché par une profonde amitié.

Nous témoignons nos meilleurs sentiments d'amitié à Mlle Yvonne Perrot et à nos bons amis M. D. Katz et M. P. Renard.

Contribution à l'étude
de la
Douleur sus-ombilicale aiguë
dans les
formes graves d'Appendicite aiguë

L'étude clinique de l'appendicite est faite depuis longtemps. Il n'est cependant pas de maladie plus polymorphe. La localisation de la douleur, spontanée ou provoquée, est en particulier extrêmement variable.

Nous ne reviendrons pas sur les points douloureux classiques : Mac Burnay, Lanz, Monro, Morrice, etc. ainsi que sur la douleur péri-ombilicale de l'enfant, ni sur le point thoracique fertile en erreur de diagnostic.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans un certain nombre de cas de l'appendicite aiguë une localisation sus-ombilicale gauche de la douleur, soit spontanée, soit plus fréquemment provoquée, et qui n'a pas été suffisamment développée dans les différents traités.

Routier, Quénu, Goluboff, etc., rapportent quelques cas, où l'appendicite débuta par une douleur violente dans la région sus-ombilicale gauche, dans le

creux épigastrique, dans l'hypocondre gauche, etc... et en constatent, dans ces cas, la gravité de l'affection sans y assister autrement. Forgue, Mourgue, Molines et Vidal décrivent une appendicite (*Presse Médicale*, 23 mai 1925) à « crise douloureuse vague, à localisation surtout épigastrique, s'accompagnant d'un léger point douloureux à la pression, au niveau de Mac-Burnay, sans défense musculaire » ; l'examen histologique décèle un appendice nécrosé en voie de perforation.

Desgouttes rappelle que dans quelques cas la douleur est nettement à gauche, le point douloureux répond au bord gauche du grand droit... « Il faut savoir interpréter ce signe anormal et ne pas nier l'appendicite, la cause de cette anomalie. »

Toutes les fois, quand le malade présentait une douleur spontanée, où plus souvent provoquée à la palpation, dans la région sus-ombilicale gauche, la crise a affecté une allure grave vérifiée cliniquement et opératoirement, l'appendice a été trouvé sphacelé, perforé, avec péritonite généralisée ou localisée ; dans les cas les plus heureux il a été turgescant, rempli de pus, couvert de fausses membranes.

Vu l'existence de cette douleur, dans un nombre assez important de cas, vu le pronostic toujours réservé, malgré toute apparence de bénignité, nous tâcherons de l'étudier de près pour en donner une valeur plus décisive et la trancher si la douleur est anormale, comme le signalent et l'intitulent volon-

tiers les différents auteurs, ou bien elle devrait prendre place dans la symptomatologie de l'appendicite et la rechercher systématiquement comme signe, c'est vrai, rarement existant, mais existant, donnant un cachet tout spécial quant à l'évolution ultérieure et une indication opératoire d'extrême urgence.

Nous vérifions ces données par les observations que nous avons pu recueillir à l'hôpital de Meaux où, comme interne du service de chirurgie, nous avons pu suivre les malades de près, assistés à leurs opérations, ainsi, malgré le nombre réduit de nos observations nous nous permettons d'attacher de l'importance à l'existence de ce signe, si facile à rechercher et ayant une valeur pronostique et une indication opératoire si importante.

La pauvreté de notre expérience ne nous permet pas d'être affirmatif, dans notre conclusion, sur la valeur de l'élément douleur, dans la région sus-ombilicale gauche, dans l'appendicite aiguë, mais le critérium opératoire n'ayant jamais fait défaut dans les observations, nous, nous croyons donner une base sérieuse, au sujet que nous développerons au cours de cette brève étude.

ETUDE CLINIQUE

Le siège électif de la douleur est à gauche, à trois travers de doigt sur la bissectrice d'une ligne horizontale et verticale qui se croisent à l'ombilique. Toute la zone est douloureuse, mais ayant un point maxima à ce niveau.

La douleur peut être spontanée et primitive, ouvrant la scène appendiculaire ou apparaissant en même temps que la douleur classique, mais l'intensité dans la fosse iliaque droite, sa rapide diffusion à tous l'abdomen prime celle de la région sus-ombilicale gauche.

« Routier a observé un cas où une appendicite suraiguë perforante débuta par une douleur brusque dans l'hypocondre gauche » (Courtois-Suffit dans Charcot-Brissaud-Bouchard, 1900, IV^e volume).

Nous en rapportons un autre exemple, où la crise commença également par une douleur très violente dans la région sus-ombilicale gauche (observ. I).

« Dans les crises graves, d'emblée la douleur est fréquemment diffuse et cette diffusion d'une douleur atroce sans siège électif est le signe de la gangrène appendiculaire » (Quénū).

« Elle se présente souvent sous forme d'une barre épigastrique » (Goluboff).

Desgouttes : « La douleur spontanée n'a pas forcément de localisation, les malades très souvent souffrent autour de l'ombilic, plus à droite peut être, mais pas toujours, à gauche ce n'est pas rare ».

Dans d'autres cas, la douleur spontanée n'apparaît qu'un certain temps après le début de la crise, le malade souffre peu spontanément du côté gauche, mais il souffre et sa douleur est nettement exagérée à la palpation de la région signalée.

Ces cas restent rares.

Habituellement la douleur n'est décelée que par la palpation de la région, elle peut exister au début de la crise ou apparaître plus tard, d'une intensité variable, mais reste toujours moins accusée que la douleur dans la fosse iliaque droite.

Elle ne s'accompagne pas de défense musculaire, ni d'hyperesthésie cutanée, sauf bien entendu en cas de péritonite généralisée.

Douleur spontanée et primitive, ouvrant la scène appendiculaire, imitant une perforation stomacale, ou douleur peu intense décelée seulement par la palpation n'influe nullement sur sa valeur ; ce qui est important c'est l'existence d'une douleur au point signalé, c'est l'existence et non pas sa précocité ou son acuité qui nous ont amené à décrire et en donner la valeur.

Nous vîmes mourir un petit garçon de 7 ans (observ. IV) et une jeune fille de 28 ans (obs. II) opérée à la quarante-huitième heure, tous deux mouraient de péritonite aiguë généralisée, tous deux

ne présentaient la douleur dans la région sus-ombilicale qu'à la palpation et relativement peu accusée.

Chez les autres malades opérés précocement, l'appendice a été toujours très malade : point de sphacèle ou déjà perforation, abcès appendiculaire, sinon appendice en érection couverts de fausses membranes.

La douleur décrite existe rarement. Sur 70 appendicites aiguës opérées soit à chaud, soit après refroidissement nous comptons 11 appendicites graves. Sans le nom d'appendicites graves nous comprenons celles qui se sont accompagnées soit de péritonite aiguë généralisée, soit d'abcès ouvert chirurgicalement ou évacué spontanément dans les cavités naturelles, soit de perforation appendiculaire constatée à l'intervention.

Dans 9 des cas d'appendicite grave nous avons constaté l'existence de la douleur sus-ombilicale gauche, pas une fois dans les appendicites bénignes.

Nous ne voulons pas exagérer l'importance du symptôme. Nous ne disons pas que toutes les appendicites graves ont parmi leurs symptômes un point douloureux sus-ombilical gauche, nous ne disons pas non plus que seules les appendicites qui s'accompagnent du point douloureux en question sont graves.

Mais nous affirmons que toutes les fois que nous avons observé cette localisation de la douleur isolée ou associée à la localisation iliaque droite ; il s'agissait d'une appendicite grave.

Dans quelque cas la douleur sus-ombilicale gau-

che a été constatée au cours de crises appendiculaires qui paraissaient parfaitement bénigne ou en cours normal de refroidissement ; quelques heures ou quelques jours plus tard éclataient les symptômes de perforation (observ. n° V).

Nous ne pouvons insister que sur la partie clinique des cas observés et sur l'importance des lésions macroscopiques constatées à l'intervention. L'absence à l'Hôpital de Meaux d'un laboratoire outillé fait que l'élément bactériologique et l'élément anatomo-pathologique manquent à nos observations.

En raison de l'importance que nous croyons devoir attacher à cette localisation douloureuse au point de vue du pronostic, nous pensons qu'il y a lieu chez tous appendiculaire de la rechercher systématiquement et de considérer sa présence comme un signe d'alarme.

L'existence de ce « signe d'alarme appendiculaire », comme nous proposons de l'appeler, représente à nos yeux une indication opératoire formelle.

Malheureusement sa fréquence n'est pas très grande.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle)

(Service du Dr Bertaux)

Dr G..., âgé de 30 ans. Malheureusement nous n'avons pas pu assister au début des accidents. Appelé au septième jour de la crise, nous nous trouvions en présence d'un syndrome de péritonite aiguë généralisée, datant de plusieurs jours, avec état général très touché, la morphine donnée depuis plusieurs jours à haute dose pour calmer les souffrances contribuant à fausser le tableau clinique.

Début brusque, le 2 novembre, par douleurs intenses, dans la région sus-ombilicale gauche (le malade qui est médecin insiste sur ce point). A ce moment le malade causant avec un de ses confrères, qui l'examine, et eux deux concluent à une embolie pulmonaire (?).

Le 3 novembre, amélioration ; la douleur primitive disparaît peu à peu au point que le confrère fait quelques visites à la campagne.

Le 4 novembre, se sentant mal à l'aise, il reste chez lui, et travaille sur son auto.

Le 5 novembre, le matin, nouvelle crise, très douloureuse ; la douleur se présente avec autant d'acuité, dans la fosse iliaque droite, que celle réapparue dans la région sus-ombi-

licale gauche, se superposant exactement, quant au siège et à l'intensité à la douleur primitive il y a deux jours.

La température prise à ce moment pour la première fois depuis le début, est à 39 degrés.

Vomissements, pas de gaz, pas de selles, pas d'urines. La douleur se généralise dans tout l'abdomen et persiste toute la journée.

Un autre confrère étiquette la crise — horrible dictu — à une crise d'hystérie.

6 novembre. — Crise douloureuse, subintrante avec irradiations dans : pénis, scrotum, cuisse, température 39 degrés, toujours vomissements, pas de gaz, pas de selles, émission très douloureuse de quelques gouttes d'urine. Lavement au rectopaubiline, morphine Q. S.

Un premier chirurgien est appelé ; diagnostic : coliques néphrétiques ; il pratique un cathétérisme métallique exploratrice.

7-8 novembre. — Aggravation de l'état général, ballonnement de l'abdomen, vomissements verdâtres, fécaloïdes ; douleur très intense dans tout le ventre, la température se maintient.

Le 8 au soir le malade est vu par le Dr A. Bertaux : ventre uniformément ballonné avec un peu d'empâtement dans la fosse iliaque droite, douleur généralisée dans tout l'abdomen sans qu'il soit possible de préciser le maximum (le malade a de la morphine à haute dose depuis trois jours).

Vomissements noirs, subintrants, tenaces, arrêt complet des matières et des gaz ; dysmie. Faciès péritonéal, anxieux, tiré, nez pincé, yeux excavés, langue sèche. Température 39°5 ; pouls 126, faible, irrégulier. Lucidité parfaite du

malade, qui raconte très nettement son histoire à propos de laquelle il a fini de faire le diagnostic d'occlusion intestinale : l'indication opératoire est plus qu'évidente.

Le transport, etc... demandent six heures. Le malade n'étant plus sous l'influence de la morphine, il est très facile de constater un point douloureux, maxima, dans la fosse iliaque droite.

A une heure du matin intervention : incision large de Roux, pus, bouillon sale sous pression, puis pus bien lié, très fétide occupant toute la fosse iliaque droite et le pelvis, anses agglomérées, tapissées de fausses membranes. L'appendice n'est pas vu et sa recherche est jugée dangereuse.

Légère amélioration dans la journée, gaz, mixtion spontanée, mais les vomissements — un peu moins abondants — persistent. Température 38 degrés ; pulsations 86.

Dans la nuit du 10 au 11, recrudescence des vomissements noirs, le pouls devient irrégulier, petit, à peine perceptible ; l'état général est très grave, sérum toni-cardiaque, etc... Laparotomie sus-ombilicale, évacuation de plusieurs abcès contenus entre les anses grêles. Ether, drain dans le Douglas, Miculicz. Excitus, le soir même.

Nous insistons sur la localisation de la douleur primitive dans la région sus-ombilicale gauche, sa réapparition et persistance tardive, spontanée, et au palper avec autant d'intensité que celle apparaissant secondairement dans la fosse iliaque droite.

La perforation appendiculaire a dû avoir lieu le 5 novembre et ce n'est que depuis ce moment que les symptômes généraux emportent sur les signes locaux appendiculaires profondément modifiés par l'abus de la morphine.

Au premier abord, on aurait pu penser à une perforation stomacale, d'autant plus que le malade souffrait depuis longtemps de l'estomac, peut-être d'origine appendiculaire. Mais une perforation gastrique est plus bruyante, plus dramatique ; la douleur est plutôt épigastrique et très violente en coups de poignard. La possibilité de généralisation secondaire d'un abcès souphrénique, suite de perforation est exclus cliniquement par un empâtement de la fosse iliaque droite, à la palpation la douleur maxima est très nette au même endroit une fois le confrère n'étant plus sous l'influence de la morphine.

OBSERVATION II (personnelle)

(Service du Dr Bertaux.)

Femme de 28 ans. Première crise, début dans la journée, 5 octobre 1927. L'appendicite semblant des plus banales. Douleur assez forte dans la fosse iliaque droite. Température 37°7, pouls 90.

Ni nausées, ni vomissements.

A la palpation, douleur peu intense sans caractère spécial dans la région sus-ombilicale gauche.

Très bon état général.

La famille malgré toute insistance, refuse toute intervention précoce. Traitement médical : repos, glace, diète.

Dans la nuit du 6 au 7, la douleur d'abord localisée dans la fosse iliaque droite augmente d'intensité se généralise dans tout l'abdomen. Elle vomit deux fois dans la nuit. L'intervention est acceptée.

L'état général est assez satisfaisant, le ventre légèrement

contracté, douloureux, mixtion difficile, arrêt des matières et des gaz. Température 37 degrés, pouls 104.

Intervention à 14 heures, quarante-huit heures après le début de la crise, incision de Roux, appendice pelvien adhérent à l'annexe droit et à la vessie, encapuchonné dans l'épiploon qui vient boucher une perforation. Le pelvis est rempli du pus bouillonnant sale. Ether, drain pelvien.

Amélioration manifeste jusqu'au 11, gaz, mixtion normale, le drain ne donnant plus est enlevé.

Température 38 degrés, pouls 90.

Dans la nuit du 11 au 12, brusquement reprise des douleurs violentes et généralisées à tout l'abdomen, l'état général s'aggrave d'emblée.

Faciès péritonéal, la malade est très dyspnéique, couverte de sueurs froides.

Température 36 degrés, pouls très rapide, irrégulier, imperceptible.

Sérum tonicardiaques, réintervention.

Désunion complète de la suture, contre incision à gauche, pus mal lié dans le péritoine, les anses agglutinées, paralysées, sont couvertes de fausses membranes.

Miculickz dans chaque incision.

Exitus le lendemain.

L'exemple est frappant. Appendicite en apparence banale, opérée à la quarante-huitième heure malgré l'ablation du foyer sceptique et tout drainage, l'évolution fatale n'a pas pu être entravée, la malade mourut de péritonite généralisée, après une accalmie traîtresse de quatre jours. Ces genres d'amélioration sont bien connues, la présence de la douleur dans l'hypochondre gauche nous a fait quasi pré-

voir cette évolution. Il est probable que l'opération dans les toutes premières heures comme nous l'aurions préféré n'aurait pas conduit au même désastre.

OBSERVATION III (Personnelle)

(Service du D^r Bertaux.)

Femme de 24 ans, première crise.

Début dans la nuit du 14 au 15 mai 1926, le médecin appelé, le 16 diagnostique une appendicite banale, constate une douleur dans la région sus-ombilicale gauche et prescrit le traitement médical : repos, glace, diète.

Dans la nuit du 16 au 17, brusquement douleur violente en coup de poignard, dans la fosse iliaque droite.

Ventre en bateau, très douloureux, surtout à droite, vomissements bilieux poracés, ensuite, arrêt des matières et des gaz. Faciès anxieux, etc.

L'état général, grave.

Température 39 degrés, pouls 140, irrégulier, petit.

Intervention à 14 heures. A la soixante-quatrième heure de la crise.

Incision de Roux, bouillon sale, appendice sous-cæcale énorme, perforé à sa base, avec deux plaques de sphacèle, épiploon adhérent.

Après appendicectomie, la base de l'appendice, impossible à enfouir est recouverte par l'épiploon qui est fixé au cæcum par quelques points de catgut.

Ether, drains, mèches.

Suppuration, guérison. Cure de l'éventration cinq mois plus tard.

OBSERVATION IV (Personnelle)

(Service du Dr Bertaux.)

Garçon de 7 ans, 11 juin 1927. A l'entrée à l'hôpital, la crise dure depuis trente-six heures.

Ventre un peu douloureux, dans la fosse iliaque droite, légère défense musculaire, pas de vomissements. A la palpation, dans la région sus-ombilicale gauche.

Température 38 degrés, pouls 90, régulier et bien frappé.

Il n'est pas opéré, parce que sa bronchite paraît une contre-indication à l'anesthésie.

Traitement médical.

La température tombe, pouls revient 80, contracture musculaire disparaît. Tout semble rentrer en ordre.

Au bout de trois jours, douleur très violente dans la fosse iliaque droite, vomissements bilieux, état grave. Faciès anxieux, yeux encavés, nez pincé, etc...

Forte dyspnée, extrémité froide, couvert de sueur.

Température 39°5, pouls 140, 150, misérable.

Intervention.

Large incision latérale droite, pus bouillon sale, les anses agglomérées, tapissées de fausses membranes, ne permettent pas de voir l'appendice qui n'est pas recherché : mèches dans le Douglas, dans le flanc, ainsi que dans la contre-incision de la fosse iliaque gauche.

Sérum, etc., exitus le soir même.

OBSERVATION V (Personnelle)

(Service du D^r Bertaux.)

Garçon de 6 ans, crise appendiculaire banale, douleur dans la fosse iliaque droite, quelques vomissements.

Température 38 degrés, pouls 92, qui s'améliore progressivement avec le traitement médical, prescrit par le médecin.

Nous voyons le malade, au bout de quatre jours, le 16 au matin, la crise semble être à sa fin.

Température 37°6, pouls 80.

Ventre à peu près souple et très peu douloureux, sauf au point de Lanz et dans la région sus-ombilicale gauche.

Le 17, le malade a eu des gaz, mais dans la soirée douleur violente, subite dans la fosse iliaque droite, ventre dur, contracturé en bateau, douloureux, mais douleur plus accusée au Lanz et autour de l'ombilic, état général très touché, vomissements brunâtres, subintrants, pas de gaz, faciès péritonéal, couvert de sueurs, le petit malade est très dyspnéique, ses extrémités sont froides.

Température 36°5, pouls 112.

Intervention, cæcum distendu, appendice sous-cæcale, adhérent en particulier au détroit supérieur par son extrémité ; pus en faible abondance, sur l'appendice, plusieurs plaques de sphacèle, dont une est perforée. Lavage à l'éther, deux drains, fermeture de la moitié supérieure de la plaie.

Sérum de Weinberg.

Suites opératoires normales, avec suppuration abondante.

Quatre mois après cure d'éventration, après libération du cæcum et de l'épiploon adhérente à la cicatrice. Guérison.

OBSERVATION VI (Personnelle)

(Service du D^r Bertaux.)

Homme de 33 ans, début brusque, le 7 septembre 1927, le matin, par des vomissements et douleur très intense dans tout l'abdomen, mais surtout accusé à droite.

Température 38 degrés.

Le médecin fait le diagnostic de coliques néphrétiques et l'envoie à l'hôpital. Nous le voyons le 11 septembre.

Ventre rétracté, très douloureux, dans la fosse iliaque droite, très en dehors et dans le flanc droit; au palper point douloureux, bien perceptible dans la région sus-ombilicale gauche.

Vomissements verdâtres, tenaces, abattement extrême, état général très touché.

Température 37°4, pouls à 100, petit, irrégulier.

Intervention sous anesthésie locale.

Le cæcum est recouvert par l'épiploon.

Vaste abcès, en dehors et en arrière du cæcum, qui fuse très loin, sous le côlon ascendant.

Le pus est évacué et déterge, l'appendice n'y est pas, et sa recherche est jugée dangereuse.

Ether, l'abcès est drainé par un drain antérieur, et par un autre sortant par une contre-incision lombaire.

Suites opératoires très pénibles, l'état général est très longtemps précaire. Une hémorragie tardive, très abondante, due à l'ulcération de l'épigastrique vient encore compliquer

le tableau. Le 4 janvier, appendicectomie : le cæcum est entouré d'une gaine complète d'épiploon. L'appendice est rétrocæcale et adhérent.

OBSERVATION VII (personnelle)

(Service du D^r Bertaux).

25 octobre 1927. — Fille de 13 ans 1/2.

Crise appendiculaire d'apparence banale.

Température 38°6. Pouls 110.

A la palpation douleur dans la région sus-ombilicale gauche, intervention à la vingt-cinquième heure.

Appendice turgescent en érection, rempli de pus.

Guérison.

OBSERVATION VIII (personnelle)

(Service du D^r Bertaux).

Femme 54 ans, troisième crise, assez intense douleur, vomissements, défense musculaire, etc.

Au palper, douleur dans la région sus-ombilicale gauche, particulièrement nette.

Température 38°2. Pouls 108.

Intervention à la trente-deuxième heure.

Appendice très malade, épaissi, rouge, infiltré, tapissé de fausses membranes, abondantes. Son méso est soudé à l'épiploon et des nombreuses adhérences coudent les dernières anses iléales.

Guérison.

OBSERVATION IX (personnelle)

(Service du Dr Bertaux).

Homme 24 ans, crise assez intense.

Bon état général.

Entré à l'hôpital avec abcès enkysté de la fosse iliaque droite.

Au palper douleur dans la région sus-ombilicale gauche.

Température 38°3, pouls 100.

10 juillet. — Incision au Mac Burney. Abcès bien enkysté sus et latéro-cæcal.

L'appendice n'est pas recherché ; drain, etc.

Appendicectomie le 13 octobre 1927.

Guérison.

OBSERVATION X

(M. Singer, Interne Hôpital Saint-Nazaire).

Femme âgée de 20 ans, à sa deuxième crise.

Première crise au mois de septembre, crise légère, suivie par le Dr Soulain qui décide le traitement médical tout en prévenant la famille qu'une opération pourrait être nécessaire.

Elle est prise dans la soirée du 8 janvier 1928 de douleurs violentes dans l'abdomen.

Le médecin de la famille le Dr Soulain, est appelé, le lendemain matin, il fait le diagnostic d'appendicite et conseille l'opération malgré la bénignité apparente des symptômes.

Température 38°5, pouls 90.

Ventre légèrement douloureux, le maximum de la douleur est dans la fosse iliaque droite, mais il existe un point douloureux symétriquement dans la fosse iliaque gauche et dans la région sus-ombilicale gauche. Nous la voyons à 5 h. 1/2 dans la clinique particulière du Dr Lecoutour.

A ce moment le faciès est bon, les points douloureux existent, mais la douleur est plus vive ; et il y a discordance entre le pouls et la température.

Température 38°5, pouls à 140.

L'intervention est pratiquée par le Dr Lecoutour aidé par nous. Incision de Mac Burney ; pus bouillon sale, l'appendice rétro-cæcale se présente turgescent, sphacélé, perforé à sa base ; large drainage ; les suites opératoires ne nous sont pas encore connues.

CONCLUSION

I. — Dans un certain nombre de cas d'appendicite aiguë nous avons constaté l'existence d'un point douloureux spontané ou provoqué, à trois travers de doigts environ, au-dessus et à gauche de l'ombilic.

II. — Tous ces cas ont été des cas graves, vérifiés opératoirement.

III. — Jamais nous ne l'avons observé dans les appendices bénignes.

IV. — Nous pensons qu'il y a là un « symptôme d'alarme » dont l'étude mérite d'être approfondie. La constatation au cours d'une crise d'appendicite aiguë, comporte outre un pronostic réservé une indication opératoire d'urgence formelle.

VI. — Il nous paraît synonyme d'appendicite grave; malheureusement il n'existe pas dans tous les cas d'appendicite grave.

Vu : le Président de la thèse
P. LECÈNE,

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris.
CHARLÉTY.

